

# PREVENÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL

ROBERT KINGSBURY DAVIS, D.D.S.

Revista Portuguesa de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial - Vol. XXVII - N.º 2 Ano 1986

A doença periodontal é uma das mais ubíquas doenças conhecidas pelo homem. Está largamente distribuída através do mundo. Nenhuma raça está imune, nenhuma região está livre da ampla e grande incidência da doença periodontal destrutiva crónica.

A patogénese essencial da doença não está bem compreendida mas muitas investigações em curso estão em vias de alargar significativamente as nossas áreas de conhecimento.

A terapêutica deve ainda ser efectuada primariamente numa base local. Dentro destas limitações, fizeram-se progressos tanto na prevenção como no tratamento.

O fulcro do problema é a prevenção. Em qualquer doença destrutiva crónica em que os tecidos envolvidos reagem à placa e a outros factores irritantes, a chave da prevenção é a remoção da placa efectuada diariamente e durante toda a vida.

A dependência em relação ao esforço dos pacientes é admitida como um factor variável e no qual não se pode ter segurança. As medidas de saúde pública tais como a vacina ou outro agente imunizante seriam muito mais efectivas, mas um tal agente não existe; temos de nos contentar com medidas menos eficientes e exigir mais esforço pessoal da parte do paciente no uso de, escovas de dentes, fio dentário e outros instrumentos de limpeza.

O reconhecimento precoce é, como em todas as doenças que podem ser prevenidas fundamental para uma terapêutica

ótima. Aqui a responsabilidade é claramente dos profissionais de dentisteria: de periodontia e de ortodontia. A doença periodontal destrutiva crónica, embora frequentemente encontrada em indivíduos de meia idade crê-se actualmente ter origem numa idade precoce. Têm sido detectadas lesões precoces em pacientes jovens e mesmo em crianças. O pedodontista e o ortodontista deverão alargar o âmbito do diagnóstico e terapêutica e não limitá-lo à má posição dos dentes. Têm a responsabilidade de descobrir a doença periodontal.

Os objectivos da terapia da doença periodontal podem ser unidos num único fim — preservação da dentição, em estado relativamente saudável durante toda a vida do paciente (1).

#### A PLACA E CALCULO COMO FACTORES ETIOLÓGICOS PRIMÁRIOS

Uma adequada higiene oral tem sido desde há séculos, recomendada como uma medida preventiva contra as doenças dentárias. Contudo, o significado dos depósitos dentários para o desenvolvimento da doença periodontal, careceu de base científica até que foram efectuados estudos bem delineados (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Estudos epidemiológicos mostraram que os depósitos dentários, quer mineralizados quer não, são o factor mais importante no desenvolvimento da doença periodontal (WHO, 1961) (9).

A confirmar esta afirmação, foram apresentados estudos clínicos nos quais a gengivite foi experimentalmente iniciada através da abolição de medidas de higiene oral (Löe e colaboradores, 1965), (10). Quando foi reiniciada a prática de higiene oral, a inflamação desapareceu no período de uma semana, restabelecendo-se a saúde gengival. Estudos em animais feitos por Egelberg, Saxe, Linde, etc. (11, 12, 13), indicam que a doença periodontal destrutiva pode desenvolver-se a partir das gengivites de longa duração, apoiando as conclusões recolhidas em estudos epidemiológicos.

Um destaque adicional para o papel dos depósitos dentários no desenvolvimento da doença periodontal no homem derivou de estudos em que a progressão da doença periodontal foi marcadamente retardada pela introdução de medidas correctas de higiene oral (Lövdal 1961; Suomi, 1971; Ramfjord, 1973) (14, 15, 16).

## FACTORES PATOGÉNICOS NA ETIOLOGIA DA DOENÇA PERIODONTAL

Muitos *factores etiológicos secundários* são resultado de procedimentos terapêuticos deficientemente executados que uma terapêutica mais cuidadosa poderia evitar. Entre estes factores estão:

1 — Retracção excessiva da gengiva antes de tirar impressões em silicone, com a subsequente introdução e retenção do material de impressão no tecido gengival, causando abscessos periodontais.

2 — Restaurações com excessos

3 — Coroas rebordantes

4 — Margens supra gengivais vs subgengivais

5 — Pontos de contacto interproximais mal restaurados

6 — Má concepção dos elementos intermediários das pontes fixas

7 — Terapêutica ortodôntica

a) Reabsorção do cimento

b) Formação de fendas gengivais

c) Necessidade de terapêutica pos-ortodontica-ajustes oclusais

d) encerramento de diastemas utilizando elásticos

8 — Falta de substituição de dentes perdidos — desvios — impactação alimentar

9 — Próteses parciais mal desenhadas, etc.

## PAPEL DO DIAGNÓSTICO NA PREVENÇÃO DA DOENÇA PERIODONTAL

A periodontite não é um processo lento e contínuo mas é caracterizada por surtos de actividade que ocorrem casualmente na dentição, em dada altura. Menos de 10% das bolsas periodontais profundas experimentam uma adicional perda de ligamento. É essencial definir as determinantes da interrelação hospedeiro-bactéria que iniciam a perda do ligamento periodontal ou que levam à detenção duma lesão periodontal já em desenvolvimento. É agora claro que as bactérias periodontais podem invadir os tecidos periodontais subepiteliais; dado que a invasão bacteriana do periodonto pode agravar a doença preexistente, as estratégias microbianas para vencer os sistemas de células fagocitárias e defesas imunitárias de modo a permitir a invasão bacteriana, podem ser um aspecto crítico da patogénese da periodontite.

Os dados já obtidos sugerem que um pequeno número de organismos assume um significado particular em várias formas de periodontite severa.

O *actinobacillus*, *actinomycetencomitans* foi durante algum tempo considerado como agente patogénico na periodontite avançada. *Bacteroides gengivais* e *bacteroides intermedius* são também microorganismos importantes. No caso da periodontite do adulto, *B. gengivalis* e *A. actinomycetencomitans* são raramente detectados nos focos periodontais em remissão. *B. gengivalis*, *B. intermedius* e *A. actinomycetencomitans* estão frequentemente presentes nas lesões de periodontite em que há perda de ligamento. Estes organismos podem ser importantes agentes patogénicos na periodontite rebelde do adulto.

A pesquisa recente sublinha a especificidade bacteriana na doença destrutiva. Uma melhor compreensão das interacções hospedeiro-parasita na periodontite oferecerá indubitavelmente novas possibilidades no diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças periodontais (Slots, 1975) (17).

## IMPORTÂNCIA DA TERAPÊUTICA PERIODONTAL NA PREVENÇÃO DA PERDA DE DENTES

Provavelmente o melhor estudo sobre a história natural da doença periodontal e as consequências finais da doença não tratada com perda de dentes, foi estudado por Marshall-Days em 1955. 1200 indivíduos foram estudados. A «mortalidade» dentária aumentou com a idade como de seguida se apresenta (18):

- Com 40-45 anos de idade — 32% tinham doença periodontal destrutiva
- Com 45-51 anos de idade — 50% tinham D.P.D.
- Com 60 anos de idade — 60% dos dentes tinham sido perdidos por causa de D. P. D.
- Com 40-45 anos de idade — 5% dos indivíduos eram desdentados
- Com 60 anos de idade — 26% dos indivíduos eram desdentados

Após a terapia periodontal, seguir-se-á um programa de manutenção que deverá ser orientado durante toda a vida do paciente.

É agora possível analisar um certo número de estudos documentados de pacientes tratados e seguidos num programa de manutenção, durante um período de 50 anos (Olivier, 1969; Ross, 1971; Hirsfeld e Wasserman, 1978) — (19, 20, 21).

Em todos estes estudos a média anual da perda de dentes foi drasticamente reduzida, pois de modo que houve uma diminuição da perda de dentes por paciente do que na população em geral.

Um destes estudos — Hirsfeld e Wasserman 978 — refere a perda de dentes de em 600 pacientes que foram seguidos num programa de manutenção durante 15 a 53 anos (média 22 anos). Durante todo o período de observação completo, a

perda média de dentes foi de 1,8 por indivíduo. Metade do grupo não perdeu dentes, 199 perderam 1-3 dentes e 25 pacientes perderam 13,3 dentes.

Este estudo não só demonstrou a eficácia da terapêutica periodontal de manutenção periodontal, mas também a variação da resposta a tal tratamento.

## SUMÁRIO

Actualmente não temos meios práticos para prevenir a doença periodontal de um modo maciço. Em indivíduos motivados para uma cuidadosa remoção diária da placa, a prevenção é possível.

O cuidado na execução dos procedimentos de terapêutica dentária prevenirá significativamente a irritação dos tecidos periodontais e subsequente doença.

Quando a doença existe, a terapêutica periodontal pode tanto retardar como evitar a perda de dentes.

Felizmente a pesquisa actual irá proporcionar melhores meios de diagnóstico, tratamento e prevenção da doença periodontal destrutiva.

## BIBLIOGRAPHY

- 1) Schluger, S., Yuodelis, R., and Page, R.. *Periodontal Disease*, Lea and Febiger, Philadelphia, 1977.
- 2) Löevdal, A., Arno, A., and Waerhaug, G.: (1958) *Incidence of Clinical Manifestations of Periodontal Disease in Light of Oral Hygiene and Calculus Formation*, J.A.D.A., 56, 21-23.
- 3) Greene, J.C. (1960), *Periodontal Disease in India: Report of an Epidemiological Study*. J. Dent. Res. 39, 302-312.
- 4) Greene, J. C. and Vermillion, J. R., (1960), *The Oral Hygiene Index: a Method for classifying Oral Hygiene Status*. J.A.D.A., 61, 172-179.
- 5) Ramfjord. S., (1961), *The Periodontal Status of Boys 11-17 years old in Bombay, India*. J. Perio., 32, 237-248.
- 6) Loe, H., (1963). *Epidemiology of Periodontal Disease and Evaluation of the Relative Significance of the Etiological Factors in Light of Recent Epidemiological Research*. Odontologist Tidskrift, 71, 479-503.
- 7) Russel, A., (1963), *International Nutrition Surveys: A Summary of Preliminary Dental Surveys: a Summary of Preliminary Dental Findings*, J. Dent., 42, 233-244.
- 8) Waerhaug, J., (1971), *Epidemiology of Periodontal Disease, in The Prevention of Periodontal Disease* ed Easto J. E. Picton, W. C. and Alexander, A., G., pp. 1-19: London Kingston Publishers.
- 9) World Health Organization WHO (1961). *Periodontal Disease*, Geneva: WHO Technical Report Series No 207.
- 10) Loe, H., Theilade, E., and Jensen, S., (1965), *Experimental Gingivitis in Man*. J. Perio., 36, 177-187.
- 11) Egelberg, G., *Local Effect of Diet (1965) on Plaque Formation and Development of Gingivitis in Dogs*. Odontologisk Revy. 16, 50-60.
- 12) Saxe, S., Greene, J. C., Bohannon, H., and Vermillion, J. (1967), *Oral Debris Calculus and Periodontal Disease in the Beagle Dog*. Periodontics 5, 217-225.
- 13) Linde, J., Hamps, S., and Loe, H. (1973), *Experimental Periodontitis in the Beagle Dog*, J. Perio., Res. 8, 1-10.
- 14) Löevdal, A., Arno, A., Schei, O., and Waerhaug, J. (1961), *Combined Effect of Subgingival Scaling and Controlled Oral Hygiene on the Incidence of Gingivitis*. Acta Odontologica Scandinavica 19, 537-555.



- 15) Suomi, J., Greene, J., Vermillion, J., Doyle, G., Chang, G., and Leatherwood, E. (1971). *The Effect of Controlled Hygiene Procedures on the Progression of Periodontal Disease in Adults*. J. Perio., 42, 152-160.
- 16) Ramfjord, S., Knowles, J., Nissle, R., and Burgett, F. (1973). *Longitudinal Study of Periodontal Therapy*. J. Perio., 46, 66-77.
- 17) Slots, J., and Dahlen, A. (1985), *Subgingival Microorganisms and Bacterial Virulence Factors in Periodontitis*. Scand. J. Dent. Res. 93, 119-127.
- 18) Marshall-Day, C. D., Stephen, R., and Quigley, L. (1955). *Periodontal Disease: Prevalence and Incidence*. J. Perio., 26; 185.
- 19) Oliver, R. (1969), *Tooth Loss with and Without Periodontal Therapy*. Perio. Abstr. 17.8.
- 20) Ross, J. (1971), *The Results of Treatment — a Long Term Study of 180 Patients*. Parodontologie, 25: 125.
- 21) Hirshfeld, L. and Wasserman, B. (1978), *A Long Term Survey of Tooth Loss in 600 Treated Periodontal Patients*. J. Perio. 5: 225-237.